DISSERTATION

N° 251.

SUR

L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

PENDANT LE TRAVAIL ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS-CHARLES BRIAN, né à La Haye (Hollande).

Chirurgien aide-major au 3e. régiment de chasseurs à cheval.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, *Suppléant.*
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Président.* ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois, *Examinateur.*
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Danse.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled, *Examinateur.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE,

CHARLES BRIAN,

Premier Adjoint à la Mairie du dixième arrondissement de Paris;
Chevalier de la Légion-d'Honneur.

Témoignage d'amour et de reconnaissance la plus sincère des sacrifices nombreux qu'il n'a cessé de faire pour mon instruction, et de l'amitié toute paternelle qu'il m'a toujours prodiguée.

L.-C. BRIAN.

AVANT-PROPOS.

L'utérus, cet organe dont la principale fonction est de recevoir, de nourrir et de protéger le produit de la fécondation, a dû être considéré par les physiologistes comme le dernier complément de l'organisation de la femme, puisqu'il n'acquiert son entier développement et la faculté de remplir les fonctions auxquelles il est destiné que quand les autres parties du corps sont parvenues presque au dernier degré de leur accroissement. Cette époque, où commence, pour ainsi dire, la vie de cet organe qui avant paraissait n'être que rudimentaire, est marquée par l'augmentation de son volume, de sa sensibilité, par l'abord d'une plus grande quantité de sang vers cette partie, enfin par une sécrétion nouvelle (*celle des règles*). L'apparition de ce flux sanguin se manifeste ordinairement dans nos climats vers l'âge de quinze ou seize ans, et détermine chez les femmes une révolution qui modifie leur organisation autant au moral qu'au physique; alors seulement l'utérus est apte à recevoir et à nourrir le produit de la conception. Mais de même que les organes qui entrent dans la composition du corps sont d'autant plus exposés aux maladies qu'ils sont plus exercés, de même aussi la matrice est, par les changemens qui s'opèrent dans son mode d'organisation et dans ses propriétés vitales, à l'époque de son entier développement, et surtout pendant la grossesse et après l'accouche-

ment, exposée à des accidens dont le plus fréquent et le plus dangereux est sans contredit l'hémorrhagie utérine, qu'elle se manifeste soit dans l'état de vacuité de l'organe, soit pendant la grossesse, pendant ou après l'accouchement.

Dans cette dissertation, je ne traiterai que de l'hémorrhagie qui survient pendant le travail et après l'accouchement; encore ne parlerai-je que très-superficiellement de quelques-unes des causes, ne pouvant dépasser les limites que je me suis tracées. Afin de procéder avec ordre, je diviserai mon travail en trois sections.

Dans la première, je donnerai la description de la matrice et du placenta, et les diverses opinions émises sur le mode d'union de ce dernier organe avec l'utérus.

Dans la deuxième, après avoir défini ce que l'on doit entendre par *hémorrhagie utérine*, je traiterai de l'hémorrhagie qui se manifeste pendant le travail.

Enfin, la troisième section sera consacrée à parler de l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement.

Loin de moi la prétention de vouloir résoudre toutes les difficultés que présente ce sujet; je désire par dessus tout m'éclairer des conseils de mes examinateurs, et me bien fixer sur la nature de l'indication, sur le choix des moyens à employer dans les différens cas de ce genre qui pourront se présenter à moi dans le cours de ma pratique. Puissé-je mériter par ce faible travail l'approbation de mes savans professeurs, et leur donner un témoignage de ma vive reconnaissance pour les soins qu'ils ont pris de mon éducation médicale!

DISSERTATION

SUR

L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

PENDANT LE TRAVAIL ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

SECTION PREMIÈRE.

De l'utérus.

L'utérus, siége le plus ordinaire du fœtus, depuis le moment de la conception jusqu'à celui de la naissance, est un organe creux situé, à l'état de vacuité et pendant les premiers mois de la grossesse, dans le bassin, entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin et au-dessous des circonvolutions que forme l'intestin grêle; d'une figure pyriforme, déprimé sur deux faces opposées, alongé, arrondi à sa petite extrémité. La position et les rapports de l'utérus varient selon l'état de plénitude ou de vacuité de l'organe. A l'époque de l'accouchement, il occupe une partie de la cavité abdominale, et s'élève jusqu'à la région épigastrique.

On considère à l'utérus le corps ou partie supérieure, et le col qui

se voit à sa partie inférieure; deux faces, une pubienne ou antérieure, l'autre sacrée ou postérieure; trois bords, un supérieur et deux latéraux; trois angles, deux supérieurs, l'un à droite, l'autre à gauche, d'où naissent les trompes, un inférieur, vaginal, arrondi, obtus, qui s'enfonce dans le vagin et y forme une saillie sur laquelle on remarque une ouverture bordée de deux lèvres arrondies, appelée *museau de tanche.*

L'utérus est composé d'une membrane extérieure, prolongement du péritoine, de l'ordre des séreuses; d'un tissu propre musculaire, vasculo-cellulaire et nerveux; tapissé à l'intérieur par une membrane molle de l'ordre des muqueuses. Sa ténuité est telle que plusieurs anatomistes doutent de son existence, et son adhérence intime au tissu de l'organe ajoute encore à ce doute.

La matrice reçoit un grand nombre de rameaux artériels fournis par les spermatiques et les hypogastriques. Tous ces rameaux s'anastomosent entr'eux. Les veines se rendent dans les spermatiques et les hypogastriques, s'anastomosent entr'elles, et sont, hors le temps de la grossesse, petites et très-flexueuses; pendant la gestation, elles augmentent beaucoup de volume. Les vaisseaux lymphatiques accompagnent les vaisseaux sanguins et vont se rendre dans les ganglions pelviens; les nerfs sont fournis par les plexus sciatiques et hypogastriques.

Elle est maintenue dans le bassin au moyen de deux replis latéraux du péritoine (*ligamens larges*), dans la duplicature desquels sont logés les ovaires et les trompes, et par les *ligamens ronds*, espèces de cordons blanchâtres qui, partant de la partie latérale supérieure et antérieure de la matrice, au-devant et au-dessous de l'insertion des trompes, vont traverser l'anneau inguinal, et se terminent en s'épanouissant dans le tissu cellulaire des aines et du mont de Vénus.

Examiné hors le temps de la gestation, le tissu propre de la matrice n'offre rien qui puisse donner l'idée des propriétés dont elle jouit pendant cette époque. Considéré au contraire dans son état de plénitude, et surtout dans les derniers temps de la grossesse, ce tissu propre,

si dense, presque inextricable, devient graduellement mou, plus spongieux; les artères qui se portent à cet organe perdent peu à peu de leur flexuosité, elles augmentent de volume; les vaisseaux lymphatiques sont très-apparens : tout démontre que, pendant la grossesse, il s'établit dans l'utérus un nouveau mode de sensibilité et de nutrition. A l'intérieur, on voit comme des espèces de mamelons et d'enfoncemens auxquels on a donné le nom de *sinus utérins*. La plupart des physiologistes prétendent que ces mamelons et ces enfoncemens sont destinés à établir les rapports d'union et de circulation entre la face interne de la matrice et la surface correspondante du placenta.

Le produit de la conception n'est point isolé. Pendant son séjour dans la matrice, il présente au contraire avec cet organe de nombreux rapports au moyen du cordon ombilical et du placenta.

Du placenta. Examiné après l'accouchement, le placenta représente une espèce de gâteau vasculo-cellulaire plus ou moins circulaire, plus épais dans son milieu que vers ses bords, et qui présente deux faces, l'une *utérine*, convexe, toute spongieuse, partagée en plusieurs lobes, et profondément sillonnée par des enfoncemens auxquels on donné le nom d'*anfractuosites*, l'autre *fœtale* ou *interne*, concave, recouverte par les membranes, au-dessous desquelles rampent les nombreuses divisions des vaisseaux ombilicaux.

Le mode d'union de l'utérus et du placenta a depuis long-temps occupé les anatomistes et les physiologistes, et cependant il est vrai de dire que, dans l'état actuel de la science, nous n'avons pas de données positives sur la nature, la structure, les dimensions des vaisseaux qui unissent ces parties. Sans donner ici les diverses opinions émises à ce sujet, et les résultats des nombreuses recherches qui ont été faites, je me bornerai à énumérer les expériences de quelques praticiens habiles et dignes de foi : j'en tirerai des conséquences, que je ne présenterai toutefois que sous la forme de doute.

Les anciens ont attribué aux vaisseaux qui établissent cette communication un énorme calibre, et par ce moyen ils expliquaient la

quantité du sang et la rapidité avec laquelle il s'échappe dans certaines circonstances.

Mme *Boivin* dit, dans son Traité des accouchemens, qu'ayant eu occasion de se livrer et d'assister à la dissection d'un grand nombre de femmes mortes enceintes à l'approche du terme de la grossesse, elle n'a remarqué qu'une simple membrane située entre le placenta et la face interne de l'utérus, et que cette membrane lui a paru être le seul moyen d'union de ces organes.

Chaussier a fait sur des femmes mortes avant d'être accouchées des injections par la veine ombilicale : la matière de l'injection a pénétré dans les principales veines utérines.

Albinus a vu les artères utéro-placentales chez plusieurs femmes.

Les injections de M. *Biancini* ne sont pas moins concluantes sur l'existence de ces vaisseaux.

M. *Velpeau* pense qu'il n'existe aucune communication vasculaire entre l'utérus et le placenta, et que ce corps, appliqué seulement à la surface utérine, y puise des matériaux susceptibles de se transformer en un sang accommodé à la délicatesse des organes de l'enfant.

M. *Lauth* pense également qu'il n'existe pas de communication directe entre les vaisseaux utérins et ceux du placenta; que la seule qui soit possible est celle qui se ferait par des vaisseaux qui présentent tous les caractères des lymphatiques, et qui, se terminant dans les vaisseaux sanguins de l'un de ces organes, paraissent être greffés par leur origine sur ceux de l'autre.

M. *David Villam* de Liverpool, ayant fait parvenir des injections huileuses de l'aorte ventrale de la mère au cordon ombilical, en conclut que le passage de l'huile ne s'est probablement pas opéré à travers un organe sécréteur, mais bien par des vaisseaux assez larges pour permettre la circulation des globules de sang rouge. Si l'on examine avec soin la surface interne de la matrice d'une femme morte d'hémorrhagie utérine foudroyante, il est impossible de découvrir les bouches des vaisseaux présumés existans Telle est l'opinion émise

par MM. *Capuron*, *Velpeau*, *Hatin*, dans leurs leçons d'accouchement.

Cependant si les expériences de M. *David Villam* sont exactes, ainsi que celles de *Chaussier*, elles ne laissent aucun doute sur l'existence d'une communication directe entre l'utérus et le placenta.

M. *A. C. Baudelocque*, dans son Traité des hémorrhagies utérines qui vient de paraître, admet que dans l'état de vacuité seulement le sang est exhalé à la surface interne de l'utérus, mais qu'à l'époque de la grossesse, pendant et après l'accouchement, le sang s'échappe des vaisseaux qui unissent le produit de la conception à l'utérus; il dit à l'appui de cette opinion, qu'en disséquant une femme qui avait été injectée grossièrement pour l'étude de l'angéiologie, il rencontra, à son grand étonnement, un fœtus contenu dans la matrice, et que M. *Deneux* et lui ont pu apercevoir très-facilement des vaisseaux, dont plusieurs avaient le volume d'une plume de corbeau, remplis de la matière de l'injection, se prolongeant de la matrice dans le tissu du placenta, où ils paraissaient se terminer brusquement.

N'ayant pas été à même de répéter les expériences ci-dessus désignées, et malgré les diverses opinions qui ont été données pour expliquer le mode d'union du placenta avec la face interne de la matrice, je pense que l'on doit admettre que le sang de la mère pour parvenir au fœtus, est versé dans les sinus utérins par les vaisseaux exhalans de cet organe, qu'il y est pompé par les vaisseaux absorbans de la surface du placenta qui correspond aux sinus utérins; que de là il parvient dans les radicules de la veine ombilicale, et est transmis à l'enfant à l'aide de cette veine; que ce sang, après avoir circulé dans le fœtus, et servi à son accroissement, est rendu à la mère par les artères ombilicales, par un mécanisme du même genre.

Quelle explication peut-on donner à l'aide de ce mode d'union, de la grande quantité de sang qui s'échappe quelquefois en si peu de temps? Il me semble que l'étendue de la surface à travers laquelle le sang exsude en quelque sorte, suffit pour expliquer l'hémorrhagie la plus abondante, surtout en se rappelant quelle énorme quantité

de sang aborde l'utérus à cette époque, et avec quelle facilité et quelle rapidité il circule.

SECTION II.

Le mot *hémorrhagie*, *hæmorrhagia*, vient de deux mots grecs αἷμα, *sang*, et de ῥήγνυμι, *je romps*. Il exprime dans son sens étymologique l'idée d'un écoulement de sang dû à une solution de continuité. Par *hémorrhagie utérine*, on doit entendre tout écoulement immodéré de sang hors des vaisseaux utérins et placentaires ; elle est divisée en *interne* ou cachée, et en *externe* ou apparente.

Dans l'hémorrhagie externe, le sang sort des parties génitales à mesure qu'il est versé par les bouches vasculaires ; dans l'hémorrhagie interne, au contraire, le sang est retenu dans l'utérus et ne s'échappe point au dehors. Pendant la grossesse et à l'époque du travail, il peut s'épancher, 1° entre la matrice et la surface externe du placenta et des membranes ; 2° dans le tissu même de la matrice et dans l'abdomen; 3° dans la cavité de l'amnios, suivant les observations de *Levret* et de *Baudelocque*. *Desormeaux* regarde comme possible cette hémorrhagie, considérée comme imaginaire par un grand nombre de praticiens distingués. Après l'accouchement, l'épanchement peut avoir lieu, soit entre la matrice et le placenta, soit dans la cavité utérine seulement, tantôt dans l'utérus et le vagin, tantôt enfin dans la cavité péritonéale.

De l'hémorrhagie qui survient pendant le travail de l'accouchement.

On voit à l'époque du travail de l'enfantement l'hémorrhagie atteindre les femmes de toutes les constitutions, de tous les tempéramens ; celles qui sont fortes, pléthoriques, dans un état de santé parfaite, comme celles qui sont faibles, débiles, lymphatiques ; cependant les femmes chez lesquelles l'hématose est considérable, et le système nerveux très-irritable, en sont peut-être plus fréquemment atteintes que les autres.

Causes. On divise les causes de l'hémorrhagie utérine, en celles qui prédisposent à cette affection (*prédisposantes*), et en celles qui la déterminent (*déterminantes*).

Les premières sont nombreuses et variées; j'en énumérerai cependant quelques-unes. Le tempérament sanguin et nerveux, l'état pléthorique de la matrice, les affections organiques, une nourriture trop substantielle, l'usage des boissons alcoholiques susceptibles d'augmenter l'activité de la circulation; une hémorrhagie à la suite d'un accouchement antérieur; les excès vénériens; l'abus des emménagogues, des bains chauds; les chagrins, les veilles prolongées, et enfin l'omission d'une saignée indiquée pendant la grossesse, prédisposent aux hémorrhagies utérines, et même agissent comme cause efficiente, si leur action est long-temps prolongée.

Pendant la grossesse, comme je l'ai indiqué déjà, des changemens considérables surviennent dans l'utérus, il acquiert une véritable augmentation de vitalité, et se trouve, au moment de l'accouchement, dans un état d'orgasme que l'on peut presque appeler une *hémorrhagie imminente.* Est-il surprenant que des causes qui, dans toute autre circonstance, seraient sans effet, puissent à cette époque agir directement ou symphatiquement sur l'utérus, et déterminer des hémorrhagies avec la plus grande facilité?

Les secondes, ou *déterminantes*, sont, la séparation accidentelle d'une portion du placenta d'avec la matrice, l'insertion de cette masse sur l'orifice de l'utérus, la rupture partielle ou totale du cordon ombilical, et le déchirement de la matrice.

Je vais examiner successivement chacun de ces différens cas :

De l'hémorrhagie due au décollement du placenta.

Cette hémorrhagie reconnaît plus particulièrement pour cause, les mouvemens brusques, le saut, une marche forcée, le poids des corps portés sur le ventre, une chute faite sur les pieds, les genoux, les fesses.

Le placenta, quel que soit l'endroit de son implantation à la matrice, est susceptible de se décoller dans son centre seulement, ou dans quelques points de sa circonférence; de là deux espèces d'hémorrhagies.

Si le placenta se décolle dans son centre seulement, et que ses bords ou les membranes conservent encore leurs adhérences avec la matrice, le sang ne peut s'écouler au dehors, et la perte qui en résulte est interne. Ce ne sera qu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux qu'elle se manifestera à l'extérieur; jusque là on ne pourra en soupçonner l'existence, et établir son diagnostic qu'au moyen des signes suivans.

Diagnostic. La femme ressent tout à coup une douleur sourde dans le point de la matrice où le placenta s'est décollé; le volume de l'organe augmente; ses yeux s'obscurcissent; elle éprouve des tintemens d'oreilles; son visage pâlit; il survient des faiblesses et quelquefois des syncopes.

Au contraire, la perte est apparente lorsque le placenta commence à se décoller par un de ses bords, que les membranes ne sont point adhérentes, et que l'orifice de la matrice dilaté n'est pas bouché par la tête de l'enfant. Toutes les fois que le placenta se décolle, l'hémorrhagie est précédée, accompagnée ou suivie de douleurs plus ou moins vives, qui commencent ordinairement vers les lombes et se dirigent vers l'hypogastre. Le sang, tantôt fluide et tantôt sous forme de caillots, coule en plus ou moins grande abondance, selon l'étendue du placenta détachée. L'apparition du sang au dehors des organes de la génération sert à établir un diagnostic certain.

Cet écoulement, lorsque le placenta est inséré partout ailleurs qu'au voisinage du col, est plus abondant dans l'intervalle qui sépare les douleurs de l'enfantement, et disparaît presque continuellement quand les douleurs reparaissent. Ce phénomène tient à ce que les contractions uterines compriment les vaisseaux, tandis qu'ils reprennent leur dilatation pendant l'absence de ces contractions.

Prognostic. En général très-fâcheux par les dangers auxquels sont exposés la mère et l'enfant, et surtout ce dernier. La durée, la quantité de sang écoulé dans un temps donné, la faiblesse du sujet et les circonstances commémoratives, éclaireront le médecin sur la gravité de cette hémorrhagie.

Traitement. Apparente ou cachée, les indications de cette hémorrhagie sont toujours les mêmes; mais les moyens à employer pour l'arrêter varient suivant que l'écoulement est plus ou moins abondant, que l'orifice utérin est fermé, dilaté ou au moins susceptible de l'être.

Si le travail est peu avancé lors de l'apparition de l'hémorrhagie, que le col de la matrice soit encore résistant, que la perte soit peu abondante, et que d'ailleurs il n'existe aucun symptôme alarmant, on doit abandonner l'accouchement à la nature, et essayer d'arrêter l'hémorrhagie en employant les moyens susceptibles de ralentir le cours du sang. Ainsi on placera la malade dans la position horizontale sur des matelas de crin plutôt que sur ceux de laine, le bassin un peu plus élevé que le tronc; on l'exposera à l'air frais souvent renouvelé : si c'est en été, on placera autour de la chambre des branches d'arbre vertes, que l'on arrosera de temps en temps; on recommandera le plus grand silence, une lumière peu vive, et surtout de ne pas contrarier la malade; des lavemens légèrement laxatifs seront administrés pour prévenir les efforts de la défécation. On ordonnera les boissons délayantes et adoucissantes, telles que l'eau d'orge, de chiendent, de gruau, acidulées avec les acides végétaux de citron, de groseille, d'orange, le sirop de vinaigre. On fera appliquer des compresses trempées dans l'eau froide à la glace ou dans l'oxycrat, sur la partie interne des cuisses, les aines et l'hypogastre.

La saignée et les antispasmodiques ne devront être employés que dans les cas où la femme aura une constitution pléthorique ou nerveuse.

Lorsque, malgré l'usage de ces moyens, l'hémorrhagie persiste ou

augmente d'intensité, que la femme s'affaiblit et éprouve des défaillances très-rapprochées, que le col s'est aminci de manière à permettre l'introduction des doigts de l'accoucheur, il faut alors terminer l'accouchement. Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point; mais ils diffèrent d'opinion sur le moment le plus favorable pour pratiquer cette opération. Les uns disent qu'on ne doit entreprendre l'extraction du fœtus que lorsque la mère éprouve des convulsions; *Gardien* pense qu'on ne doit se décider à extraire le fœtus que quand le visage de la femme est très-décoloré, et qu'elle a perdu l'usage de tous ses sens. D'autres, au contraire, conseillent de le faire à la première apparition des défaillances.

En s'en rapportant à l'une ou à l'autre de ces recommandations, on court risque de commettre de graves erreurs. La débilité de la femme, l'état de l'orifice utérin, l'abondance de la perte serviront à guider l'accoucheur sur le moment le plus opportun pour faire usage de ce moyen extrême.

De l'hémorrhagie déterminée par l'implantation du placenta sur le col de l'utérus.

L'implantation du placenta sur le col de l'utérus est, de toutes les causes, celle qui donne le plus fréquemment lieu à l'hémorrhagie utérine pendant le travail de l'accouchement. Cette circonstance grave expose aux plus grands dangers et la mère et l'enfant; fort heureusement ce mode d'implantation se présente plus rarement que sur toute autre partie de la matrice. Les anciens n'admettaient pas cette position du placenta dans les premiers temps de la gestation; ils pensaient qu'elle n'avait lieu que vers les derniers momens. C'est à *Levret* que nous sommes redevables de la connaissance positive de cette implantation.

Cette disposition du placenta peut être centrale ou seulement latérale. Dans le premier cas, le centre du placenta correspond à l'orifice même du col de l'utérus; dans le second, une portion seulement

plus ou moins grande de cet organe correspond à l'orifice utérin. Dans l'un et l'autre de ces cas, l'hémorrhagie produite est généralement externe.

Causes. Elles sont *prédisposantes* ou *efficientes.*

On considère comme *cause prédisposante* de l'hémorrhagie cette disposition particulière du placenta, et comme *cause déterminante* la dilatation des parois du col pendant le travail; et en effet cette dilatation du col se fait plus ou moins rapidement; la face externe du placenta appliquée sur cette partie ne pouvant se dilater est tiraillée, décollée, et il en résulte toujours une hémorrhagie d'autant plus abondante que le col se dilate plus promptement.

Diagnostic. Les signes auxquels on reconnaît cette perte ne sont point équivoques; on ne peut les confondre avec ce qu'on nomme vulgairement *glaires sanguinolentes;* elle se distingue surtout des autres hémorrhagies utérines par un phénomène qui lui est propre, c'est que pendant le travail le sang *s'échappe surtout pendant les contractions utérines*, et non dans leur intervalle, comme cela a lieu pour les autres espèces d'hémorrhagies de cet organe. Le toucher, d'ailleurs, vient lever toute espèce de doute à cet égard; en le pratiquant, on trouve l'orifice de la matrice plus ou moins dilaté, et l'on sent à la place des membranes un corps mou, spongieux, engagé dans la partie supérieure ou aux environs du col. On doit apporter la plus grande attention dans cette exploration, et ne pas prendre un caillot sanguin pour le placenta. Les circonstances antécédentes peuvent servir à éclairer le *diagnostic:* une hémorrhagie antérieure devrait surtout donner l'éveil à l'accoucheur.

Prognostic. Plus le placenta s'insère centre pour centre avec le col, plus est grave l'hémorrhagie et plus elle est dangereuse; elle est d'autant plus redoutable qu'il s'est écoulé plus de sang dans un temps donné. Il est des circonstances, disent les auteurs, où l'écoulement

est si abondant et si rapide que la femme en est foudroyée. L'âge, la force du sujet, les maladies antérieures font encore varier le danger.

Au contraire, plus l'insertion sera éloignée du col, et moins grave sera l'hémorrhagie; elle le sera d'autant moins que la quantité de sang perdu est plus petite, et que le sujet se trouvera dans des conditions plus favorables pour résister à cette perte.

Lorsque le sang a jailli avec violence, si les douleurs de l'enfantement viennent à languir, si le visage pâlit, qu'il se couvre, ainsi que tout le corps, d'une sueur froide, si la vue s'obscurcit, si le pouls est petit, concentré et comme vermiculaire, si les syncopes et les convulsions se succèdent rapidement, la femme court alors les plus grands dangers.

Traitement. Il varie suivant l'intensité de la perte, le degré de dilatation du col, et selon que le placenta ne recouvre qu'une portion de l'orifice ou qu'il y est implanté centre pour centre.

Si la perte est légère, on emploie les moyens que j'ai déjà mentionnés plus haut en parlant du décollement partiel du placenta : le repos, la position horizontale, l'exposition à l'air frais, etc.

La saignée a été recommandée par certains praticiens, dans le cas où la femme serait d'un tempérament pléthorique; d'autres la défendent; je pense aussi qu'on doit s'en abstenir. On ne doit administrer les antispasmodiques que quand les symptômes nerveux apparaissent; il faut les choisir doux; l'eau de fleurs d'oranger, l'opium en petite quantité et ses préparations. L'acétate de plomb et la digitale pourprée ont été préconisés par les médecins anglais; on les emploie rarement en France.

Rygby veut que l'on fasse l'extraction du fœtus aussitôt que l'on a reconnu l'insertion du placenta sur le col, lors même que la perte est peu abondante et que le travail est peu avancé. Je pense qu'on ne doit en venir à ce moyen que quand l'hémorrhagie est grave et qu'elle compromet les jours de la mère et de l'enfant : il faut, en outre, que le col

soit assez dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main de l'opérateur dans la cavité de la matrice.

Dans le cas où l'hémorrhagie, d'abord légère, devient ensuite inquiétante, que la femme s'affaiblit, que les douleurs languissent, que le col reste dur et peu dilaté, et surtout que le centre du placenta répond à celui de l'orifice utérin, l'emploi du tampon devient nécessaire, l'accouchement forcé n'étant pas praticable sans exposer la femme aux accidens les plus graves ; mais on devra proportionner la grosseur du tampon au degré progressif de dilatation du col ; sans cette précaution, l'hémorrhagie primitivement arrêtée se renouvellerait bientôt.

Par l'application du tampon dans cette circonstance, on n'a pas à craindre de transformer l'hémorrhagie externe en interne. Il donne lieu à la formation d'un caillot qui reste adhérent au placenta.

Le seigle ergoté, qui jouit au plus haut degré de la propriété d'exciter les contractions de l'utérus frappé d'inertie, ne pourrait-il pas, dans cette circonstance, être administré avec succès?

Des observations pratiques de quelques accoucheurs prouvent assez d'ailleurs qu'on ne doit pas rejeter ce moyen énergique. J'ai eu moi-même l'occasion de voir administrer le seigle ergoté par M. *Hatin*, professeur d'accouchemens, dans des cas d'hémorrhagies assez abondantes pour donner des craintes sur la vie de la mère et de l'enfant ; et chaque fois il en a obtenu de bons effets. Il donne ce médicament à la dose de 24 ou 36 grains, dans une potion gommeuse de 2 onces.

Chaussier a recommandé une pommade à l'aide de laquelle, selon lui, il parvenait à opérer la dilatation du col sans douleur et sans danger ; cette pommade était préparée avec :

Extrait de belladone	2 gros.
Eau distillée	2 gros.
Cérat blanc ou axonge purifiée.	1 once.

Madame *Boivin* a eu occasion d'employer plusieurs fois cette pommade sans aucun succès. Peut-être cela a-t-il dépendu du mode de

préparation et de la qualité de l'extrait de *belladone*. Aussi, avant de me prononcer sur les propriétés de ce médicament, attendrai-je qu'un certain nombre de nouvelles expériences aient été faites.

Si, après avoir employé tous les moyens que j'ai indiqués, l'hémorrhagie, au lieu de s'arrêter, persiste, et que par son abondance elle compromette fortement les jours de la mère et du fœtus, alors il n'y a pas à balancer; on doit opérer la version, lors même que le col ne serait pas assez dilaté pour permettre l'introduction de la main. Fort heureusement que dans ces sortes de pertes le col est ordinairement mou, et se laisse facilement traverser.

Trop souvent la femme est mourante lorsque le praticien est appelé, et il n'arrive que pour être témoin de ses derniers momens.

Toutefois lorsque l'on est forcé de pratiquer la version et qu'il faut dilater l'orifice utérin, voici la manière dont on doit y procéder.

Après avoir introduit dans le col un ou deux doigts, on cherche l'endroit où le placenta est moins adhérent, on le décolle avec soin dans une étendue assez grande pour permettre l'introduction de la main, on rompt ensuite les membranes, et on va chercher les pieds de l'enfant. Si le placenta est adhérent de toutes parts, on le détache par un des bords. Quelques praticiens ont conseillé, dans les cas embarrassans, de perforer le placenta dans son milieu pour pénétrer dans l'utérus; mais, d'après *Baudelocque*, ce procédé est plus difficile et moins sûr que le précédent. Si la tête de l'enfant était déjà parvenue dans l'excavation du bassin, en poussant devant elle le placenta, c'est en appliquant le forceps qu'il faudrait se hâter de terminer l'accouchement.

Que l'on amène l'enfant par la tête ou par les pieds, on ne doit pas vider brusquement l'utérus, qui, après une hémorrhagie abondante, est toujours disposé à l'inertie, et par conséquent à une récidive de l'accident, qui devient promptement mortel.

De l'hémorrhagie déterminée par la rupture partielle ou totale du cordon ombilical.

Causes. Cette hémorrhagie peut être déterminée par le peu de longueur du cordon, par son entortillement autour du cou de l'enfant, par son extrême ténuité.

Diagnostic. Il est fort obscur, car l'affaiblissement de la femme, l'augmentation du volume de la matrice sont bien des signes qui peuvent faire soupçonner la perte, mais ils n'en font point reconnaître la cause. Cependant si à ces symptômes se joint l'absence des douleurs sourdes et fixes que nous avons dit exister sur le fond de l'utérus, lorsque la perte dépend du décollement du placenta, on est autorisé à redouter une rupture du cordon. La perte qui dépend de cette cause a son siége dans la poche des eaux, et n'est sensible à la vue qu'après la déchirure des membranes. On voit alors une plus ou moins grande quantité d'eau sanguinolente mêlée à des caillots s'écouler par la vulve.

Prognostic. Toujours très-grave.

Traitement. Dans cette circonstance il est de toute nécessité de terminer l'accouchement.

Quant à l'hémorrhagie produite pas la rupture des vaisseaux ombilicaux, elle est extrêmement rare, et n'est pas admise par beaucoup d'accoucheurs. MM. *Capuron, Hatin, Velpeau*, mesdames *Lachapelle et Boivin* sont de ce dernier avis. *Delamotte, Levret, Baudelocque,* en ont donné chacun une observation. Je ne dirai rien de l'hémorrhagie déterminée par la rupture de l'organe, il aurait fallu y consacrer un chapitre tout entier.

SECTION III.

De l'hémorrhagie qui survient après l'accouchement.

L'hémorrhagie qui succède à la sortie du fœtus peut avoir lieu avant ou immédiatement après la délivrance, quelques heures ou quelques jours après.

Dans tout accouchement, après l'expulsion du fœtus, la nature fait une seconde opération; la matrice se contracte de nouveau pour expulser le placenta et les membranes; c'est ce qu'on appelle *délivrance;* elle est *naturelle* lorsqu'elle s'opère par les seuls efforts de la nature, et *artificielle* lorsqu'on est obligé de venir à son secours.

De toutes les hémorrhagies, la plus grave et la plus promptement mortelle est sans doute celle qui survient après la parturition.

Elle a été divisée, comme les précédentes, en *externe* et en *interne.* Je ne reviendrai pas sur ce que j'entends par cette dénomination.

La gravité de cette hémorrhagie a fixé depuis long-temps l'attention des plus habiles praticiens. *Mauriceau, Delamotte, Levret, Puzos, Leroux* de Dijon, *Gardien, Baudelocque, Maygrier,* madame *Boivin,* et tout récemment M. *A. C. Baudelocque,* nous ont donné sur ce sujet d'excellens traités qu'on ne saurait trop consulter.

Causes. On les a distinguées en *prédisposantes* et en *determinantes.*

Les premières sont nombreuses, variables; elles ont été énumérées en partie lorsque j'ai parlé de l'hémorrhagie qui survient pendant le travail. J'ajouterai que l'hémorrhagie qui nous occupe se remarque plus souvent chez les femmes d'une constitution molle que chez celles qui ont eu un travail lent ou qui ont été fatiguées par des douleurs prolongées. Elle s'observe encore dans le cas de distension très-grande de la matrice, soit qu'elle dépende d'une grande quantité d'eau ou de la présence de plusieurs enfans, et lors de l'expulsion trop prompte

du produit de la conception ; une hémorrhagie interne durant la grossesse dispose au même accident après l'accouchement.

Causes déterminantes. L'inertie de matrice ; la déchirure de quelques vaisseaux du col utérin ; un état de pléthore général ou local ; la présence dans la matrice d'un second enfant, du placenta ou de quelques-unes de ses parties, de caillots solides et volumineux ; enfin un état d'irritabilité de l'utérus.

Par l'énumération de toutes ces causes, on voit que l'hémorrhagie dépend tantôt de ce que l'utérus, ayant conservé la propriété de se contracter, est irrité par une cause quelconque et devient le siége d'une congestion qui fournit à une hémorrhagie abondante ; tantôt de ce que cet organe, frappé d'inertie, conserve toute la dilatation qu'il avait avant l'expulsion du fœtus.

Ainsi, stimulation et inertie de matrice, ce sont les deux cas les plus ordinaires de l'hémorrhagie. Quelques auteurs ont regardé le renversement de l'utérus comme cause d'hémorrhagie ; je crois qu'on doit le considérer, dans la majeure partie des cas, plutôt comme effet que comme cause.

Diagnostic. Les signes qui annoncent une hémorrhagie externe après l'accouchement sont toujours très-faciles à reconnaître, et ne peuvent être confondus avec l'écoulement de sang qui suit ordinairement l'expulsion du fœtus. Il s'écoule de la vulve sans interruption en plus grande quantité ; il est liquide, plus ou moins vermeil, comme le sang artériel. Les traits du visage de la malade s'altèrent, la face pâlit, la pupille se dilate ; elle éprouve des défaillances, des syncopes, et si l'on ne se hâte de lui porter secours, elle court risque de périr promptement.

Rien n'est constant dans les symptômes qui annoncent le début de l'hémorrhagie interne après l'accouchement ; aussi l'accoucheur doit-il être toujours en garde. Quoiqu'il ne soit pas toujours très-facile de prévoir l'hémorrhagie, le praticien attentif s'en laissera rarement

imposer; il saura le reconnaître et y remédier avant que l'attitude de la femme ait pris cet aspect effrayant qui annonce le danger extrême où elle se trouve; il n'attendra jamais le développement de cette série d'accidens résultat des hémorrhagies prolongées. C'est en examinant avec soin la femme après l'accouchement, en s'assurant du retour de la matrice sur elle-même, en palpant l'hypogastre pour reconnaître si cet organe forme un globe dur, arrondi, placé derrière le pubis, que l'accoucheur évitera les méprises funestes qui ont conduit tant de femmes au tombeau. L'état moral de la femme est aussi à considérer, car souvent dans ces cas elle éprouve un sentiment d'inquiétude, elle semble même prévoir qu'elle a encore quelque chose à redouter.

Prognostic. Voici l'opinion de *Mauriceau* à ce sujet. « La perte est « l'accident le plus dangereux de tous ceux qui peuvent arriver à la « femme nouvellement accouchée, et qui la conduit si promptement « au tombeau quand le sang sort abondamment, qu'on n'a pas « souvent le temps d'y remédier. » (Liv. 3, chap. 5.)

Le *prognostic* varie selon la quantité de sang qui s'échappe de l'utérus, selon qu'il est plus ou moins semblable au sang artériel ou veineux, selon la force plus ou moins grande de la femme, le degré de décoloration des tégumens, et le refroidissement des membres. Si l'hémorrhagie succède à l'usage des médicamens abortifs, elle est plus grave que les autres, en raison de la vive irritation de la matrice qui l'accompagne et accroît sa violence.

Traitement. Il varie selon la gravité de la perte et la cause qui la détermine : j'en parlerai en traitant de chacune de ces causes.

De l'hémorrhagie produite par l'inertie de matrice.

L'inertie de matrice est la cause la plus ordinaire des hémorrhagies qui succèdent à la parturition, et en même temps la plus grave et la plus dangereuse.

Cette perte est ou *externe* ou *interne :*

Externe, lorsque la totalité de l'organe est frappée d'inertie, et que rien ne s'oppose à la sortie du sang;

Interne, au contraire, si le corps de l'organe ayant été frappé d'inertie, le col conserve la propriété de se contracter, se ferme, ou, quoique inerte, se trouve fermé par le placenta, par un caillot ou un autre corps étranger; alors le sang s'accumule dans l'intérieur de la cavité utérine, et lui fait quelquefois acquérir un volume égal et même plus considérable que celui qui existait avant l'expulsion du fœtus.

Causes. Parmi les causes de l'inertie, les unes sont *prédisposantes*, les autres sont *déterminantes.*

Elle est fréquemment produite par l'état général de débilité du sujet, ou par l'affaiblissement que déterminent les maladies antérieures, les hémorrhagies abondantes pendant le cours de la grossesse et pendant le travail, par un accouchement laborieux ou trop prompt qui désemplit tout à coup l'utérus, comme lorsque la sortie de l'enfant suit immédiatement la rupture de la poche des eaux, ou même se fait sans que cette rupture ait eu lieu (il est dit alors *coiffé*), par la présence du placenta ou d'une de ses parties dans l'utérus, par le développement excessif de la paroi de la matrice dépendant d'une grande quantité d'eau ou de la présence de plusieurs fœtus dans sa cavité; par les manœuvres imprudentes, l'excitation des organes de la digestion, qui se répètent sympathiquement sur la matrice, les passions vives, la joie, la colère, la fureur.

Diagnostic. Le volume, la flaccidité de l'utérus, l'absence d'un corps dur, arrondi dans la région hypogastrique, la facilité avec laquelle on parvient à introduire la main dans la matrice, sont les signes certains de l'inertie. Quoiqu'elle puisse exister sans qu'une femme perde une goutte de sang, le plus ordinairement elle est suivie d'une hémorrhagie foudroyante ; le sang s'échappe quelquefois avec une telle violence, qu'on serait tenté d'admettre la rupture d'un des gros vais-

seaux sanguins de l'abdomen. Si la femme n'est pas promptement secourue, si le sang continue de couler, des syncopes apparaissent et se succèdent rapidement; le pouls s'affaiblit à chaque instant, les yeux s'éteignent, les lèvres se décolorent, la face pâlit, la malade n'entend plus, ne voit plus; une douleur fixe se fait sentir à la partie postérieure de la tête; un délire fugace se manifeste, une sueur froide coule sur toute la surface du corps, les convulsions et la mort viennent terminer cette scène déchirante.

Le début de la perte interne est tellement obscur et insidieux dans certaines circonstances, que la femme peut être foudroyée avant que l'on ait seulement soupçonné le danger qui la menace. Elle éprouve un bien-être qui en impose; le frisson, que tous les accoucheurs désignent comme un symptôme favorable, ne se manifeste pas. Elle a de la propension au sommeil; on ne doit pas s'abuser sur ce besoin: dans les cas d'accouchement naturel, il est après cette fonction le réparateur des forces; mais toujours le repos fut funeste dans les cas d'hémorrhagie utérine interne. Les auteurs rapportent que la syncope et même la mort succèdent à ce calme insidieux. Les symptômes suivans servent à guider le praticien dans ces cas d'hémorrhagie interne. L'on voit se développer les symptômes généraux des hémorrhagies sans que le sang s'écoule au dehors des organes de la génération.

La femme éprouve un sentiment de pesanteur et de tension douloureuse dans la région de la matrice; on voit cet organe augmenter progressivement de volume; il reprend et surpasse quelquefois en peu de temps celui qu'il avait avant l'accouchement. La mollesse de l'organe, l'absence d'un corps dur dans l'hypogastre, servent encore à éclairer le diagnostic; le visage pâlit, le pouls est petit, concentré, inégal, intermittent, quelquefois même vermiculaire. Le frisson, les sueurs froides, le tremblement et l'extinction de la voix, les envies de vomir, les syncopes et les convulsions, ne se manifestent ordinairement que vers la fin, et présagent une terminaison funeste.

Prognostic. Le danger que court la femme dans ces hémorrhagies,

soit *externes*, soit *internes*, est des plus grands ; il augmente en raison de l'inertie plus ou moins complète de la matrice ; l'interne n'est regardée comme plus grave que parce qu'elle est souvent méconnue à son début. Toutes choses égales d'ailleurs, elles seront plus funestes aux femmes faibles, épuisées par des maladies antérieures ou par des hémorrhagies qui auront précédé l'accouchement.

Le suintement sanguin qui survient après l'accouchement, lorsque le placenta est inséré sur le col de l'utérus, a souvent fait périr des femmes quelques heures après, quoique l'utérus fût bien contracté.

Il est extrêmement difficile d'apprécier la quantité de sang perdu ; on ne doit pas s'en rapporter à l'inspection des linges qui en sont pénétrés, car une petite quantité de sang suffit pour salir plusieurs draps. Il sera toujours bon de placer au-dessous des draps de lit de la nouvelle accouchée une toile cirée, qui permettra d'apprécier la quantité de sang perdu.

Traitement. Que la perte soit apparente ou cachée, l'indication est la même ; il faut employer tous les moyens propres à ranimer les contractions de la matrice. La gravité de l'hémorrhagie fera recourir à des moyens plus ou moins énergiques. Ainsi, la perte est-elle modérée, des applications froides sur l'hypogastre, les cuisses, des frictions sur l'abdomen, peuvent suffire pour ranimer les contractions utérines. Si l'inertie de matrice dépend de ce qu'elle contient encore le placenta ou ses débris, il convient de la débarrasser promptement de ces corps étrangers, en même temps que l'on sollicite l'action utérine par des frictions sur l'hypogastre.

Si elle est le résultat d'un accouchement trop prompt, ou de la déplétion rapide de cet organe, par suite de l'écoulement de la grande quantité d'eau qu'il contenait, ou de la présence de deux fœtus, elle n'est pas opiniâtre, et cède ordinairement aux frictions et aux applications d'eau glacée sur l'hypogastre et les cuisses.

On a aussi obtenu de bons avantages des injections d'eau glacée dans l'utérus.

Les douches d'eau froide sur l'abdomen semblent fort utiles, d'après les expériences répétées par *F. Lobstein* à Strasbourg.

M. *Deneux* a employé avec succès, dans le cas d'hémorrhagie modérée, l'application sur l'hypogastre des compresses trempées dans l'eau-de-vie, et maintenues avec un bandage de corps.

L'application du bandage à l'aide duquel on serre convenablement l'abdomen des femmes qui viennent d'accoucher, doit se faire avec le plus grand soin; il doit être approprié aux circonstances : c'est surtout dans la pratique des accouchemens qu'il faut bien se garder d'être exclusif.

On a conseillé de placer la femme dans un bain froid, ou de lui jeter sur le ventre des seaux d'eau froide. Ces moyens, selon moi, ne doivent être employés qu'à la dernière extrémité, et que dans des circonstances désespérées.

Il est douteux aussi, quoi qu'on ait pu dire, que l'émétique administré à petites doses, et qui jette l'économie vivante dans un état profond de collapsus et d'anéantissement, puisse jamais produire de bons effets dans le cas qui nous occupe.

Le tampon, si vanté par *Leroux* de Dijon, ne saurait être avantageux non plus dans cette circonstance. J'ai indiqué un cas dans lequel on en a obtenu de bons effets. Il convient encore dans l'hémorrhagie produite par la déchirure des vaisseaux du col utérin. *Lobstein*, qui a fixé l'attention des praticiens sur ce fait, a combattu avec succès cet écoulement sanguin, en faisant pénétrer dans le col un tampon qui en comprimait les bords.

Depuis quelques années, la science s'est enrichie d'un remède qui, malgré la prétention défavorable de plusieurs praticiens, me paraît devoir rendre de grands services dans cette hémorrhagie, je veux parler du seigle ergoté, de l'emploi duquel j'ai déjà fait mention en parlant de l'hémorrhagie produite par l'insertion du placenta sur le col. La masse et l'authenticité des faits qui prouvent en faveur de ce moyen, rendraient inexcusable de ne pas y avoir recours dans les cas d'hémorrhagie rebelle après l'accouchement.

La compression de l'artère aorte a été recommandée pour arrêter l'hémorrhagie. Cette compression doit être exercée sur la ligne blanche, dans la région ombilicale, et prolongée pendant six ou sept minutes.

M. *Velpeau* a eu l'heureuse idée d'appliquer un large sinapisme à la région inter-scapulaire. C'est un révulsif qui agit avec une promptitude étonnante; ses effets se manifestent en quelques minutes, et sont presque toujours constans dans les pertes modérées. Cet auteur pense même que c'est un des révulsifs les plus importans que l'on puisse mettre en usage toutes les fois que la perte n'est pas accompagnée d'une réaction générale trop marquée.

Evrat conseille de porter dans la matrice un citron dépourvu de son écorce, et de le comprimer pour en extraire le jus ; on l'abandonne dans la cavité, d'où il est expulsé par le retour de l'organe sur lui-même.

Levret a employé avec avantage l'introduction d'un morceau de glace dans la matrice. L'action est, selon lui et divers autres praticiens, instantanée, et détermine de suite le resserrement de l'organe. On doit laisser le glaçon jusqu'à ce qu'il soit expulsé par la matrice.

Mais de tous ces moyens, le plus énergique, le seul qu'il soit très-souvent possible d'employer, est d'introduire la main dans la matrice.

Toutes les fois que l'inertie aura déterminé une hémorrhagie foudroyante, on commencera par débarrasser l'organe des caillots qu'il peut contenir; et on laissera séjourner la main dans la cavité utérine, jusqu'à ce que par la contraction elle la chasse et l'expulse avec le le reste des caillots. Si la présence de la main ne suffisait pas, on stimulerait la surface interne de la matrice avec la pulpe des doigts. Lorsqu'à l'aide de ce moyen on parvient à arrêter l'hémorrhagie, on devra rester encore long-temps près de la femme, afin de veiller sur l'état de la matrice; car, dans certaines circonstances, on a vu la perte se renouveler, malgré le retour de l'organe sur lui-même. Outre cette manœuvre, on devra faire usage des moyens généraux et locaux, et ordonner à la malade des boissons délayantes acidulées avec de l'eau de *Rabel* ou les acides végétaux.

Tout en reconnaissant que l'introduction de la main dans la matrice est le meilleur moyen d'en déterminer la contraction, que les circonstances ne permettent souvent pas de s'en procurer d'autres, il faut convenir cependant que dans quelques cas il est insuffisant.

Jamais le sang-froid et une détermination prompte n'ont été plus nécessaires que dans les cas d'hémorrhagie foudroyante par suite d'inertie de matrice. La vie est près de s'échapper; un moment d'hésitation peut précipiter dans la tombe une mère de famille, une épouse adorée. L'homme de l'art doit être entièrement étranger à ce spectacle déchirant, s'il veut conserver assez de calme pour faire une juste application des procédés de son art.

Quelque grave que soit la position de la femme, quelque incertain que puisse être le succès, on ne doit jamais l'abandonner à une mort certaine; il faut donc chercher tous les moyens d'arrêter l'effusion du sang. Toutefois je ne pense pas qu'on puisse être conduit à faire usage des injections d'huile de térébenthine, et même d'acide sulfurique, recommandées par *Pasta*. De semblables moyens, d'après une des sages-femmes les plus distinguées (madame *Boivin*), n'ont jamais été mis en usage par celui qui les a préconisés.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

Quæ perfrigerata sunt, excalefacere oportet, præter quàm quæ sanguinem profundunt, aut sunt profusura. *Sect.* 5, *aph.* 19.

IV.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Ibid.*, *aph.* 50.

V.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Ibid.*, *aph.* 56.